



*Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná*  
ESTADO DO PARANÁ

**ANEXO II**  
**Requerimento de diárias**

À Secretaria de Administração e Planejamento

Protocolo nº	/2024
Em 12/03/2024.	M <sup>o</sup> do Socorro M. S. Presies Decreto N 5051/2022
	Diretora
	Servidor

JOÃO FERRAZ DOS SANTOS, inscrito no CPF/MF sob o nº 499.821.099-87, agente público municipal, matrícula nº 617-3/1, ocupante do cargo de Motorista, de provimento efetivo, lotado (a) na Secretaria de Saúde, exercendo minhas funções no (a) Hospital Municipal, ramal/fone: 45 3235 1479/ 3235 1272, venho, por meio deste, **requerer autorização para deslocamento da sede do município e concessão de diária**: Levar G. M.T. para consulta no Hospital Angelina Caron em Curitiba-Pr. A contar de 11/03/2024 com retorno previsto em 12/03/2024, nos termos do disposto no art. 7º e seguintes da Lei nº 1936/19, de 10/12/2019.E Lei nº 2277/2022.

1. Número total de diária (s) SEM pernoite:0
2. Número total de diária (s) COM pernoite 1
3. Necessita utilizar veículo oficial? Sim Ambulância SFW-5J03
4. Necessita adquirir passagens? Não
5. Em caso de resposta positiva no item 4, de qual tipo? ( ) terrestre ( ) aérea
6. Infomar dados da conta bancária de titularidade do beneficiário para creditar as diárias: Banco: Brasil, Ag. 4788-0, conta nº:10.036-6.

**Termo de compromisso**

Declaro para todos os efeitos legais que as informações acima são verdadeiras, e comprometo-me a prestar contas nos termos do artigo 16 da Lei Municipal nº 4.648/2018. Na impossibilidade de viagem ou retorno antecipado, comprometo-me a restituir os valores excedentes dentro do prazo estipulado no art. 37 da Lei Municipal nº 85/1994 – Estatuto dos Servidores do Município de Três Barras do Paraná, ciente de que se não o fizer os valores poderão ser descontados em Folha de Pagamento, sendo que, desde já autorizo o desconto.

Nesses termos, pede deferimento.

Três Barras do Paraná/PR, 12/03/2024.

Nome do Requerente e assinatura



CAPITAL DO FELIÃO

Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná  
ESTADO DO PARANÁ

11/103

ANEXO III  
Autorização de Diárias

Nº 095/2024

Autorizo o Sr. (a):

João Ferraz dos Santos	CPF: 499.821.099-87	Matrícula 617-3/1	RG nº 48126883
------------------------	---------------------	-------------------	----------------

Lotado na Divisão de:

Hospital Municipal

Na função de:

Motorista

Justificativa para realização da viagem:

Levar G. M. T. para consulta no Hospital Angelina Caron em Curitiba-Pr

Data de início e término da viagem:

11/03/2024 e 12/03/2024

Destino da viagem:

Curitiba -Pr

Meio de Transporte utilizado:

Descrição:

Carro Spin	SFW-5J03
------------	----------

Quantidade de diárias integrais pagas:

1

Quantidade de diárias parciais pagas (indicar porcentagem):

0

Valor unitário das diárias integrais:

R\$: 477,00 (Quatrocentos e Setenta e sete reais).

Valor unitário das diárias parciais (indicar porcentagem):

R\$: 477,00 (Quatrocentos e Setenta e sete reais).

Valor total das diárias:

R\$: 477,00 (Quatrocentos e Setenta e sete reais).

Autorizado  
Maíra do Socorro Mainho  
dos Santos Prestes  
(Identificação do agente público que autoriza:  
Nome legível e assinatura)

M<sup>o</sup> do Socorro M. S. Prestes  
Decreto N 5051/2022  
Diretora

saúde  
live